

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N^o 473

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 4 juillet 1901, à 1 heure

Par GASTON O'NEILL

Né à Bouaye, le 12 décembre 1875

Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes

ÉTUDE

sur la Nature et l'Origine

DES

TUMEURS CONJONCTIVES BÉNIGNES

DE LA PAROI ABDOMINALE

Président : M. GUYON, professeur.

Juges : MM. POZZI, professeur ;

ALBARRAN

THIÉRY

{ *agregés.*

NANTES

R. GUISTHAU, A. DUGAS Succ^r, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

5 & 6, QUAI CASSARD, 5 & 6

1901

473

Année 1901

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 4 juillet 1901, à 1 heure

Par GASTON O'NEILL

Né à Bouaye, le 12 décembre 1875

Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes

ÉTUDE

sur la Nature et l'Origine

DES

TUMEURS CONJONCTIVES BÉNIGNES

DE LA PAROI ABDOMINALE



Président : M. GUYON, professeur.

Juges : MM. POZZI, professeur ;

ALBARRAN

THIÉRY

} *agregés.*

NANTES

R. GUIST'HAU, A. DUGAS SUCC^r, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

5 & 6, QUAI CASSARD, 5 & 6

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHEL.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	H. BRISSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale	BERGER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	DEJERINE.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies nerveuses	JOFFROY.
	RAYMOND.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale	LE DENTU.
	TILLAUX.
	TERRIER.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	PINARD.
Clinique gynécologique	BUDIN.
Clinique chirurgicale infantile	POZZI.
	KIRMISSON.

Agrévés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIERY.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THIROLOIX.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	THOINOT.
BONNAIRE.	GILLES DE LA TOURETTE	MENETRIER.	VAQUEZ.
BROCA (Auguste).	HARTMANN.	MÉRY.	VARNIER.
BROCA (André).	HEIM.	RÉMY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
Pierre DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.
DESGREZ.	LEJARS.		

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL O'NEILL

Ancien Chirurgien de la Marine

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

A MESSIEURS LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS
DES HÔPITAUX DE NANTES

et particulièrement à ceux dont nous avons été successivement
l'Externe et l'Interne.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

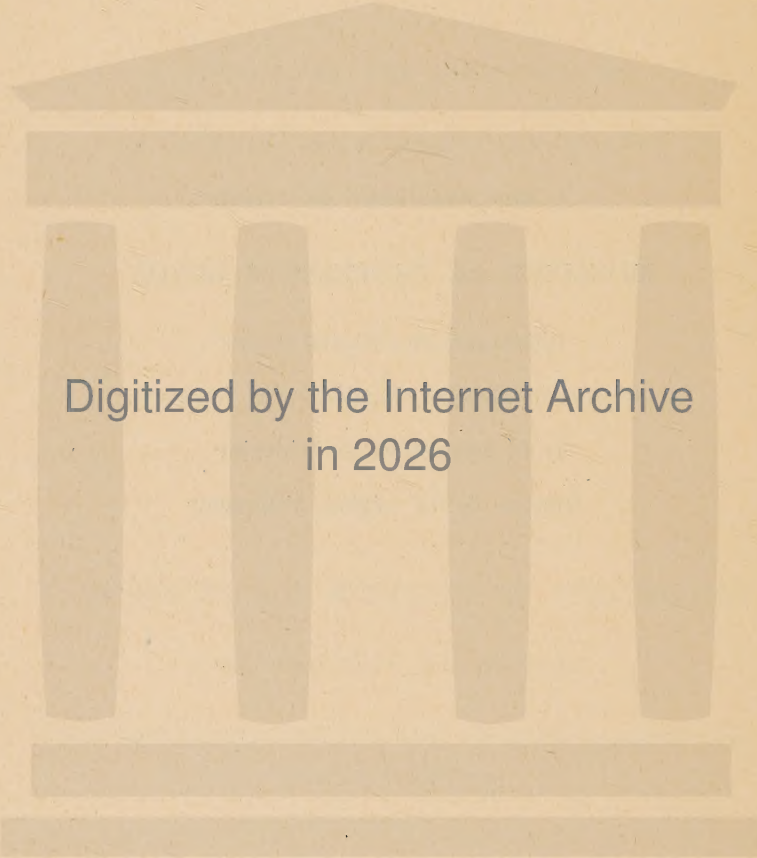
MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYON

Chirurgien de l'Hôpital Necker

Membre de l'Institut (Académie des Sciences)

et de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Pendant nos deux dernières années d'internat à l'Hôtel-Dieu de Nantes, nous avons eu l'occasion d'observer trois cas de fibrome de la paroi abdominale. Les tumeurs de ce genre ont donné lieu, depuis longtemps, à des travaux multiples concernant surtout leur nature et leur pathogénie. Nous n'aurions jamais eu l'idée de prendre pour sujet de notre thèse un terrain aussi battu, si de récentes communications à la Société d'anatomie, en infirmant les dernières idées émises au sujet de ces tumeurs, n'étaient venues nous avertir que l'entente n'était pas encore parfaite sur ce point et que la question n'était pas définitivement close. Aussi avons-nous pensé que nous pourrions encore faire un travail personnel, en unissant nos observations à d'autres déjà publiées, pour en tirer des conclusions raisonnables.

Nous croirons avoir atteint notre but, si ce modeste travail peut contribuer à affermir les idées émises dans ces dernières années à la Société anatomique de Paris, sur la nature variable et les origines diverses de ces tumeurs.

Mais, avant d'entreprendre cette tâche, nous devons des remerciements sincères à nos maîtres de l'École de Méde-

cine et des hôpitaux de Nantes, et nous sommes heureux de leur adresser ici nos plus vifs sentiments de reconnaissance. Pour être juste, il faudrait les nommer tous, car tous nous ont toujours témoigné une grande bienveillance et se sont dévoués entièrement pour notre instruction.

M. le Dr Amédée Monnier nous a encouragé dans l'étude parfois si ingrate de l'anatomie, et à ce titre, ce bon maître a droit à une grande part de reconnaissance.

M. le professeur Ollive a guidé nos premiers pas dans l'art de la clinique médicale, alors que nous avions l'honneur d'être son externe à la consultation de l'Hôtel-Dieu. Il a toujours été pour nous un excellent maître; aussi lui adressons-nous publiquement nos plus sincères remerciements.

Nous n'oublierons jamais la bienveillance avec laquelle MM. Attimont, Bécigneul, Pérochaud et Mahot nous ont prodigué leurs conseils, alors que nous étions leur interne à l'Hôtel-Dieu et à l'Hospice Général de Saint-Jacques. M. le Dr Crimail nous a fait connaître la pratique journalière des accouchements. En laissant une large part à notre initiative dans presque toutes les interventions obstétricales, en nous aidant de ses sages conseils, il nous a permis de compléter l'enseignement théorique que nous avions reçu. Nous le remercions vivement du service qu'il nous a rendu et nous garderons le meilleur souvenir des quelques mois passés avec lui.

Nous avons eu l'honneur d'être l'interne en chirurgie de MM. les professeurs Heurtaux et Vignard. Nous n'oublierons jamais avec quelle autorité et quelle compétence ces deux

maîtres nous ont prodigué leurs excellentes leçons de clinique chirurgicale. M. Vignard en particulier est devenu pour nous un ami en même temps qu'un maître et nous ne le remercierons jamais assez pour les nombreuses marques de sympathie qu'il nous a témoignées.

M. le Dr Guilbaud nous a été d'un grand secours alors qu'il était notre chef de clinique chirurgicale ; nous ne l'oublierons jamais.

Merci à notre collègue et ami, M. le Dr Valentin Villars, ancien préparateur d'histologie à l'École de Médecine, qui, après avoir examiné nos coupes histologiques, a bien voulu, avec le talent que nous lui connaissons tous, orner notre thèse de quelques figures.

Enfin, M. le professeur Malherbè, après nous avoir enseigné l'histologie, a bien voulu mettre à notre service sa grande autorité en matière d'anatomie pathologique et nous aider de ses conseils pendant l'élaboration de notre thèse. Nous ne saurions lui dire à quel point nous avons été sensible à un tel dévouement.

Que M. le professeur Guyon daigne agréer l'expression de nos plus vifs sentiments de gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Avant d'étudier la nature et l'origine des tumeurs fibreuses de la paroi abdominale, nous ne pouvons nous dispenser de retracer rapidement l'histoire de ces affections et les diverses conceptions qui furent émises à leur sujet.

L'histoire des fibromes de la paroi abdominale paraît remonter à 1850. A cette époque, Sappey publie la première observation d'un malade atteint de cette affection.

Puis vint un cas de Limaube qui appartenait comme le précédent au sexe masculin.

La même année, Langenbeck publie plusieurs cas, observés cette fois chez des femmes, comme c'est l'habitude.

Dans les années suivantes parurent des observations de Bouchacourt, de Santesson et de Paget. En 1860, Huguier réunit les observations éparses dans la littérature médicale et fait à la Société de Chirurgie l'histoire de ces tumeurs. Ce sont, d'après lui, des fibromes, tumeurs bénignes, en rapport avec les os dont elles naissent par un pédicule et

adhérentes accidentellement au péritoine. Cette affection se rencontrerait presque exclusivement chez la femme.

En 1862, Nélaton divise ces fibromes en tumeurs de la fosse iliaque et tumeurs de la crête iliaque, et en place les causes dans la congestion habituelle des organes du bassin produite par la menstruation et la conception. Pour lui, ces tumeurs sont liées au squelette pelvien par un véritable pédicule.

Peu de temps après parurent la thèse de Cornils en 1865, les leçons de Buntzen.

En 1868, Panas émet pour la première fois l'opinion que le ligament rond pourrait bien être le point de départ de ces tumeurs.

En 1875, parut le mémoire de M. le professeur Guyon. A lui revient l'honneur d'avoir montré le premier que le pédicule osseux, dont parlait Huguier, n'était en réalité qu'un pédicule illusoire. M. Guyon incline pour une origine fibro-musculaire et place le point de départ de ces tumeurs dans les aponévroses et dans les tissus fibreux de la paroi.

Dans la suite, parurent les travaux de Nicaise et de Terrillon, en France ; ceux de Grantzer, Hertzog et Säüger, à l'étranger.

En 1888, Labbé et Remy font paraître un traité des fibromes de la paroi abdominale, dans lequel ils réunissent une centaine d'observations. Ils font remarquer que ces tumeurs se présentent presque toujours au moment de l'activité sexuelle ; qu'elles sont toujours inter-aponévrotiques et n'adhèrent primitivement ni au péritoine, ni aux téguments ; ils nient l'existence du pédicule et remplacent la

théorie ostéo-périostique par la théorie qui fait de l'effort de l'accouchement le principal facteur étiologique de ces tumeurs. Les ruptures, les éraillures, les déchirures aponévrotiques qui se produisent pendant les efforts de l'accouchement seraient, d'après ces auteurs, le point de départ de ces tumeurs.

Depuis, de nombreux travaux, dont nous ne pouvons citer ici que les principaux, ont paru sur le même sujet, les auteurs cherchant à élucider la pathogénie de ces tumeurs et leur nature ; Gross, de Nancy, étudie cette question dans une communication de 1893 au Congrès de Chirurgie, et dans une monographie parue dans la *Revue médicale de l'Est*, montrant combien étaient variables les tumeurs rencontrées dans la paroi abdominale et décrites sous la rubrique de fibromes.

M. le professeur agrégé André, chef de clinique de Gross, rapporte des observations de son maître dans la *Revue médicale de l'Est* en 1898 et, à ce propos, il insiste sur l'anatomie pathologique de ces tumeurs. Citons l'article de Michaux dans le *Traité de Chirurgie* de MM. Duplay et Reclus, et celui de M. A. Guinard dans le *Traité de Chirurgie* de MM. Le Dentu et Delbet.

Pour M. Guinard, les théories pathogéniques admises jusqu'alors n'expliquent pas tous les faits ; il croit que beaucoup de fibromes de la paroi abdominale, sinon tous, proviennent du ligament rond.

Puyaubert reproduit les idées de son maître dans sa thèse de 1899.

Dans ces deux dernières années, la question a été reprise

à la Société anatomique de Paris. Les auteurs qui élevèrent la voix à ce sujet apportèrent des observations fortifiées par des dissections attentives et des examens microscopiques consciencieux. La plupart des faits apportés tendent à infirmer les idées trop exclusives de M. Guinard sur la pathogénie et la nature des tumeurs de la paroi abdominale.

Dans une des dernières séances de la Société anatomique, MM. Auvray et Marcille émirent le vœu que de nouvelles recherches fussent entreprises sur ce point de pathogénie. Aussi, encouragé par ce souhait, nous avons réuni les quelques observations de tumeurs de ce genre que nous avons pu recueillir au Musée anatomo-pathologique de l'Ecole de Médecine de Nantes, en les augmentant des faits de même nature déjà publiés, pour tirer de leur étude microscopique consciencieuse quelques conclusions au sujet de la nature et de la pathogénie de ces tumeurs.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique

C'est à dessein que nous plaçons l'étude anatomo-pathologique avant la pathogénie, considérant que l'étude pathogénique doit s'appuyer sur les rapports de la tumeur avec les organes voisins, et surtout sur les caractères microscopiques de cette tumeur.

On pourrait reprocher aux auteurs qui ont assigné aux tumeurs de la paroi abdominale le ligament rond comme origine presque exclusive, de s'appuyer sur des hypothèses plutôt que sur des faits.

M. Puyaubert par exemple, dans sa thèse de 1899, inspirée par M. Guinard, prétend soutenir l'origine génitale presque exclusive, mais il ne peut citer pour appuyer son affirmation que douze observations de fibro-myomes, alors que plus de cent cas de tumeurs de ce genre avaient déjà été publiés en 1883 dans le *Traité* de MM. Labbé et Rémy. Il est alors forcé de se rejeter sur des hypothèses pour défendre son hypothèse: « Il se pourrait bien, dit-il, que si l'on n'a pas signalé plus souvent des fibres musculaires

lisses dans ces tumeurs, c'est qu'on les a mal cherchées ou confondues avec les éléments du fibrome. »

Pour établir une théorie plus solide, il était nécessaire de procéder à de nouveaux examens histologiques. Aussi avons-nous cru devoir réunir les nôtres à ceux qui ont été faits depuis le travail de M. Puyaubert, pour en déduire, aussi logiquement que possible, la pathogénie de ces tumeurs.

L'examen histologique a démontré qu'il s'agit de fibromes, dont la nature particulière leur a fait donner par beaucoup d'auteurs le nom de fibro-sarcomes. On a trouvé quelquefois associées au tissu conjonctif des fibres musculaires lisses. La question capitale est de savoir si la présence de ces fibres lisses constitue la règle ou l'exception, en un mot s'il s'agit le plus souvent de tumeurs conjonctives pures ou de fibro-myomes. Or les observations anatomopathologiques que nous avons pu recueillir dans les auteurs, augmentées de nos quelques examens personnels, semblent démontrer qu'il s'agit le plus souvent de tumeurs conjonctives pures, et que les fibro-myomes de la paroi, dont l'existence paraît indéniable, constituent cependant la grande minorité. Et à ce propos, quand M. Puyaubert prétend que « si l'on n'a pas trouvé plus souvent des fibres musculaires lisses, c'est qu'on n'a pas su les rechercher », on pourrait peut-être lui répondre que, si l'on a trouvé tant de tumeurs à fibres lisses, c'est qu'on a peut-être souvent confondu la fibre musculaire lisse avec la cellule conjonctive.

Le meilleur moyen de ne pas confondre ces deux élé-

ments est de faire les réactions qui servent à les caractériser chacun en particulier. Nous regrettons vivement de n'avoir pas eu, au moment de l'élaboration de cette thèse, une seule pièce fraîche pour faire ces réactions. Nos tumeurs avaient en effet macéré depuis un certain temps dans l'alcool, ce qui rend la dissociation presque impossible.

Les moyens techniques à employer ont été bien exposés par Virchow dans son *Traité de pathologie* des tumeurs et par Brault dans le *Traité d'anatomie pathologique* de MM. Cornil et Ranvier.

Le critérium consiste dans l'isolement des fibres cellules musculaires, assez difficile à obtenir sur des pièces fraîches, mais assez facile au contraire, après une macération préalable dans 20 pour 100 d'acide nitrique ou dans la potasse caustique à 40 pour 100. Les fibres conjonctives sont alors dissoutes, les cellules musculaires restent isolées. On les reconnaît à leur forme allongée en fuseau. Pour mettre en évidence leurs noyaux caractéristiques, on doit faire durcir la tumeur par les procédés ordinaires, y pratiquer des coupes que l'on colore au carmin et que l'on traite ensuite par l'acide acétique. Comme cet acide gonfle la substance musculaire, les faisceaux sont mal indiqués ; mais on reconnaît très bien les éléments musculaires à leurs noyaux allongés en bâtonnets et serpentins.

Les coupes des myomes seront également bien étudiées après coloration par le picro-carminate d'ammoniaque ou par la purpurine. Le premier de ces réactifs colore la fibre musculaire en jaune, tandis que les cellules du tissu

conjonctif sont d'un rose très pâle. La purpurine ne colore pas le tissu conjonctif : le corps des cellules musculaires est coloré en rose et leurs noyaux en rouge plus ou moins foncé.

Tous les réactifs faisant élection sur les noyaux donnent des images analogues, en particulier l'hématoxiline et l'hématéine. Ceux des fibres musculaires lisses se montrent sous la même forme et se distinguent facilement des noyaux ovoïdes des cellules conjonctives, dont la nucléine n'est jamais ramassée sous forme d'un bâtonnet étroit, mais disposée sous l'apparence d'un réticulum chromatique extrêmement fin.

A. Fibromes et fibro-sarcomes

A l'examen macroscopique, ces tumeurs présentent le plus souvent une teinte grisâtre, une consistance ferme, dure, criant sous le couteau. A la coupe, ils offrent une coloration grisâtre ou rosée et souvent pointillée de rouge par les vaisseaux. Leur surface de section est sillonnée de bandelettes à reflets nacrés, qui sont contournées, entrecroisées, disposées en spirales, en tourbillons, en cercles concentriques et qui rappellent l'apparence du tissu des étoffes damassées.

Nous verrons qu'en se développant, la tumeur présente quelquefois des dégénérescences myxomateuses, kystiques ou calcaires.

Quand on examine une de ces tumeurs au microscope, on voit qu'elles sont constituées de la façon suivante : Une grande quantité de cellules fusiformes, si nombreuses

par endroits qu'elles arrivent presque au contact les unes des autres et sont à peine séparées par quelques fibres conjonctives adultes qui s'entrecroisent les unes avec les autres. Les cellules isolées consistent en un corps cellulaire, le plus souvent un peu ferme, qui possède au voisinage du noyau un renflement plus fort et qui se termine des deux côtés par des prolongements parfois très longs. Le noyau est allongé et granuleux. L'ensemble de la cellule rappelle parfois la fibre musculaire lisse, mais elle est moins allongée, plus trapue que cette dernière, et de plus, en y regardant de près, on n'y trouve pas le vrai noyau en bâtonnet caractéristique de la fibre musculaire lisse.

On voit que la structure de ces tumeurs diffère sensiblement de celle des fibromes adultes. L'élément cellulaire l'emporte de beaucoup sur l'élément fibrillaire, si bien qu'une telle constitution se rapproche de celle du sarcome à cellules fusiformes, ce qui a fait donner à ces tumeurs le nom de fibro-sarcomes par beaucoup d'auteurs.

Ces fibromes prennent, en effet, quelquefois des allures malignes et on a cité plusieurs cas de généralisation. Nous laisserons de côté ces formes graves, n'ayant en vue dans ce travail que les tumeurs bénignes.

Quelques auteurs, se répugnant à dénommer fibro-sarcomes des tumeurs qui dans l'immense majorité des cas ont des allures très bénignes, en font des fibromes de nature particulière, présentant le caractère des tumeurs conjonctives jeunes, en voie d'évolution, dans lesquelles les cellules l'emportent de beaucoup sur les fibres adultes. L'état particulier de ces tumeurs expliquerait, d'après le

professeur Gross, de Nancy, leur tendance à se transformer en fibro-sarcomes.

Cette différence dans la dénomination de ces tumeurs n'a au fond que peu d'importance et ne doit pas nous surprendre, puisque nous savons depuis longtemps qu'il est impossible d'établir une délimitation bien exacte entre le fibrome et le sarcome et que c'est par des graduations insensibles que l'on passe de l'un à l'autre. Et, à ce propos, on pourrait dire des fibromes de la paroi abdominale, ce que Wirchow dit des fibromes durs de la peau, qui sont du reste des tumeurs tout à fait analogues (Wirchow, *Pathologie des tumeurs*, tome I^{er}) :

« Un point essentiel, c'est que les limites de ces fibromes ne sont pas nettement tranchées, comparativement à d'autres tumeurs, en particulier au sarcome, et qu'il existe de véritables formes de transition. Il suffit pour faire d'un fibrome un sarcome, que la partie cellulaire du tissu subisse un accroissement de développement, que les cellules deviennent non seulement plus nombreuses, mais encore plus grandes et plus indépendantes, en même temps que la substance intercellulaire disparaît dans la même proportion. Quant à fixer le point constituant la limite du mal, cela restera toujours plus ou moins abandonné au gré des différents observateurs, et il ne sera probablement jamais possible de trouver un critérium général pour scinder le sarcome fibreux du fibrome mou.

» Les tumeurs « fibro-cellulaires et fibro-plastiques » seront toujours un terrain neutre et sujet à contestation pour sa délimitation.

» Dans ces formes de transition, il s'agit de choses généralement toutes différentes. On doit d'abord prendre en considération la dégénérescence indubitable des tumeurs, telle qu'elle est si souvent mentionnée par les différents observateurs, notamment pour les polypes, tandis qu'elle est au contraire niée par la plupart des savants modernes. Les tumeurs fibromateuses sont particulièrement disposées à une semblable dégénérescence, parce qu'elles sont précisément composées du tissu qui est la matrice la plus ordinaire des néoplasmes. Dans ces cas, par conséquent, il existe d'abord un fibrome qui devient seulement secondairement cancéreux, cartilagineux, kystique, etc. »

Nous ne reproduirons, à côté de nos recherches personnelles sur ces tumeurs purement conjonctives, que les observations accompagnées d'examen histologique détaillé et précis, puisque c'est en nous basant surtout sur l'examen anatomo-pathologique que nous pensons en déduire les origines de ces tumeurs.

OBSERVATION I

(personnelle)

Fibrome de la paroi abdominale, opéré par M. le Docteur Vignard, chirurgien des Hôpitaux de Nantes, le 21 mars 1901.

La malade est une femme de 29 ans, paraissant de constitution délicate. Elle a eu deux grossesses, la première remontant à 3 ans et la deuxième à 10 mois.

C'est 4 mois après la deuxième grossesse que la malade s'aperçut de la présence d'une petite tumeur au niveau du flanc droit. A cette époque, celle-ci paraissait avoir le volume d'un œuf de pigeon. Elle était située au-dessus du pli de l'aîne, un peu en dehors de son milieu.

A l'examen clinique, on constate une tumeur grosse comme un œuf de poule, siégeant au-dessus des deux tiers externes de l'arcade de Fallope, paraissant rattachée par un pédicule très court à l'épine iliaque antéro-supérieure, très facile à circonscrire en haut et en dedans où elle est terminée par un bord lisse, convexe ; on peut presque passer l'extrémité des doigts sous ce bord libre. Le néoplasme fait corps avec la paroi ; il devient tout à fait immobile par la contraction des muscles, mais, pendant le repos de ces muscles, ne jouit que d'une mobilité très relative à cause de son adhérence à l'épine iliaque. Consistance fibreuse. Toucher vaginal négatif.

Cette tumeur, peu douloureuse au début, détermine une gêne constante dans les mouvements de flexion et d'extension du tronc, des irradiations douloureuses vers l'ombilic et le pli de l'aîne.

OPÉRATION

La peau et l'aponévrose du grand oblique ne sont pas adhérentes à la tumeur. Celle-ci est, au contraire, fusionnée avec le petit oblique et le transverse et rattachée à l'épine iliaque antéro-supérieure par une portion libre d'aponévrose large d'un travers de doigt. Il n'y a donc pas fusion entre le périoste et la tumeur. Celle-ci n'a aucune connexion avec le ligament rond. Le néoplasme une fois enlevé, le fond de la plaie est formé par le fascia transversalis doublant le péritoine. Ce fascia transversalis a pu être libéré facilement sans déchirure. A la coupe macroscopique, on voit des travées fibreuses, d'un blanc nacré, limitant des îlots plus transparents de couleur rosée.

EXAMEN MICROSCOPIQUE

(Fig. I)

Cette tumeur examinée à un faible grossissement paraît constituée presque uniformément par des cellules allongées, rapprochées les unes des autres, à direction le plus souvent parallèle, comme les minces faisceaux conjonctifs ondulés au milieu desquels elles sont plongées. Les divers éléments, fibres et cellules, forment une sorte de feutrage très serré, décrivant parfois de véritables tourbillons ; ils fixent assez énergiquement les réactifs colorants. La tumeur est parcourue par de nombreux vaisseaux qui se dilatent parfois jusqu'à former de véritables lacunes.

Un plus fort grossissement permet de remarquer les détails suivants :

Les cellules séparées les unes des autres par les faisceaux fibreux, se présentent sous deux aspects différents suivant qu'elles sont coupées en long ou en travers. Les premières (*fig. 1 b*) sont le plus souvent franchement fusiformes, à direc-



FIGURE 1

Tumeur n° 32. 1901.

Vérich { oc. 1.
ob. 7.

- a. Tissu conjonctif fasciculé.
 - b. Cellules conjonctives jeunes.
 - c. Ces mêmes cellules coupées en travers.
 - d. Artère.
 - e. Veine.
- Carmin aluné.

tion parallèle, quelquefois plus ou moins étoilées. Une de ces cellules, prise isolément, offre un corps cellulaire en forme de

fuseau, accolé au noyau en son milieu, effilé à ses deux extrémités qui décrivent quelques ondulations avant de se résoudre en fines fibrilles qui vont elles-mêmes s'anastomoser tantôt avec des fibrilles semblables venues de cellules voisines, tantôt avec des fibrilles isolées.

Le noyau est le plus souvent allongé comme la cellule, arrondi à ses extrémités, tantôt rectiligne et tantôt plus ou moins ondulé ; il est légèrement granuleux avec un ou plusieurs nucléoles sombres et peu apparents.

Par places, les cellules, tout en conservant leur aspect fusiforme, cessent d'être parallèles et affectent la disposition des cellules myxomateuses ; c'est dans ces points surtout qu'il est aisé de voir que si la forme allongée des cellules est celle qui prédomine, il en existe d'autres cependant d'aspect irrégulier, à noyau plus ou moins arrondi, à protoplasma large, membrani-forme, véritable cellule plate du tissu conjonctif adulte.

Les cellules coupées en travers forment des îlots mal délimités, elles offrent un corps protoplasmique peu distinct du noyau, qui est lui-même de forme plus ou moins polyédrique et semble constituer la cellule toute entière.

La trame de la tumeur est formée par des faisceaux conjonctifs ayant deux ou trois fois l'épaisseur des corps cellulaires ; ces faisceaux sont eux-mêmes constitués par des fibrilles très délicates, ondulées ; ils entourent les cellules, leur forment un véritable manchon, comme il est aisé de le voir sur les coupes transversales (*fig. I c*) ou bien n'en sont que les prolongements finement ramifiés.

Cà et là, on distingue quelques fibres élastiques.

Les vaisseaux qui parcourent la tumeur sont abondants et de volume variable ; il est rare que l'on puisse y découvrir de véritables artérioles avec une tunique musculaire et une lame

élastique distincte ; mais on trouve de nombreux vaisseaux ressemblant à des veines, ayant une tunique fibreuse assez épaisse et un endothélium plat très net ; enfin on aperçoit parfois de véritables lacunes vasculaires à parois peu distinctes, mais munies d'un endothélium régulier.

En résumé, nous croyons avoir affaire à un fibrome jeune.

OBSERVATION II

(personnelle)

Recueillie dans le service de M. le professeur Heurtaux (salle 21 de l'Hôtel-Dieu de Nantes)

Fibrome de la paroi abdominale

D... Jeanne, 49 ans, ménagère, mariée depuis 23 ans, a eu trois enfants. Le dernier, qui serait âgé de 4 ans, est mort en venant au monde. Les autres se portent bien. On ne signale pas de fausse-couche dans ses antécédents personnels.

La malade jouissait habituellement d'une très bonne santé, lorsqu'il y a 3 ans environ, étant occupée à fouler une balle de chiffons, elle ressentit une douleur au niveau du pli de l'aîne. Elle aperçut à cet endroit une tumeur grosse comme une noix. Cette tumeur grossit d'un jour à l'autre, lentement au début, jusqu'au point d'acquérir le volume d'un œuf. Elle conserva ces dimensions pendant deux ans environ.

Dans les six mois qui précédèrent l'entrée à l'hôpital, la grosseur sembla avoir augmenté plus rapidement, puisqu'à l'entrée de la malade, elle avait à peu près le volume de deux poings.

Pendant tout le temps qu'elle porta sa tumeur, M^{me} D...

éprouva seulement de la gêne, mais jamais de douleurs. Cette tumeur n'a jamais donné lieu à aucun trouble digestif; jamais de vomissements, pas de constipation habituelle. De plus, la tumeur n'est jamais rentrée dans le ventre et n'a jamais grossi sous l'influence de la toux.

A son entrée, la malade présente un état général assez bon. Pas de teint cachectique, bon appétit, pas de fièvre.

A l'examen, on constate, au-dessus de l'arcade de Fallope du côté droit, la présence d'une tumeur du volume de deux poings, dirigée obliquement de haut en bas et de dehors en dedans: La peau qui recouvre la tumeur n'a subi aucune altération et n'est point adhérente aux tissus sous-jacents. Au palper, la consistance de la tumeur n'est pas ferme; elle semble un peu ramollie, comme si elle contenait un peu de liquide. Elle ne paraît pas lobulée. A la percussion, elle est mate dans toute son étendue. Les muscles de l'abdomen étant dans le relâchement, la tumeur est mobile sur les plans sous-jacents, mais si l'on fait contracter les muscles abdominaux, elle est immobilisée, preuve qu'elle est en connexion avec les muscles ou les aponévroses de la paroi abdominale.

Après avoir discuté tous les symptômes, on s'arrête au diagnostic de fibrome de la paroi abdominale, fibrome un peu ramolli, peut-être dégénéré en fibro-sarcome, vu son développement rapide pendant les derniers mois de son évolution.

L'opération a eu lieu le 26 mai 1900.

Le diagnostic est confirmé. On trouve, en effet, un fibrome ramolli occupant la gaine du muscle petit oblique de l'abdomen. L'énucléation est très facile. En disséquant la tumeur, on constate qu'elle ne présente aucune connexion avec le ligament rond.

EXAMEN MICROSCOPIQUE

(Fig. 2 et 3)

Sur une vue d'ensemble, on aperçoit une grande quantité de cellules allongées, plongées au sein d'un tissu conjonctif assez dense par places, fortement infiltré en d'autres. Ça et là, on

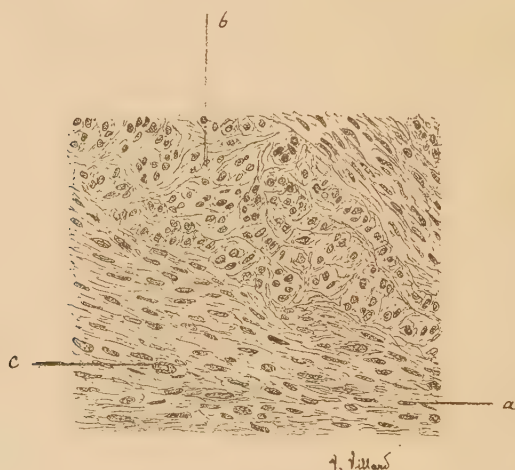


FIG. 2

Tumeur n° 88. 1900.

Vérich { oc. 1.
ob. 7.

Carmin aluné.

a. Fibres-cellules coupées en long.

b. Fibres-cellules coupées en travers.

c. Cellule fibroblastique vue à plat.

découvre de nombreux vaisseaux et des lacunes vasculaires. Les cellules sont disposées en faisceaux parallèles diversement entrecroisés, et sont coupées les unes en long, les autres en travers ou plus ou moins obliquement. De là les deux aspects bien différents qu'elles affectent : coupées en long, elles sont

en général fusiformes, à protoplasma peu distinct à leur partie moyenne, et se terminent à leurs deux extrémités par des prolongements ondulés lesquels se ramifient parfois très nettement en fines fibrilles conjonctives (*fig. 3 a*); quelques-unes rappellent assez bien par leurs rapports avec les fibres la disposition des cellules tendineuses (*fig. 3 d*). Le noyau est volumineux, allongé dans le sens de la cellule, à bouts arrondis, droit ou ondulé, quelquefois plus ou moins plat et irrégulier (*fig. 3 d*). Il est finement granuleux, à nucléole peu distinct.

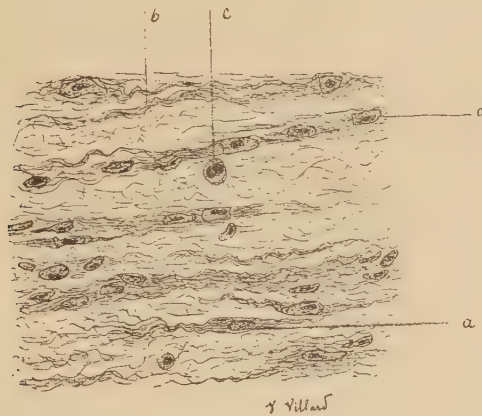


FIG. 3

Tumeur n° 88. 1900.

Vérich { oc. 3.
ob. 7.

Hématéine et picro-carmin.

a. Cellule conjonctive jeune.

b. Fibres conjonctives.

c. Globule blanc multinucléé.

d. Cellule conjonctive vue à plat.

Lorsque les cellules sont coupées en travers, elles se groupent en îlots assez bien délimités par des bandes de tissu conjonctif, disposition qui rappelle beaucoup la coupe transversale des fibres musculaires lisses; mais ici le corps cellulaire est accolé au noyau par ses bords, de sorte que celui-ci semble être en contact immédiat avec les fibres conjonctives qui entourent la cellule comme un manchon. Dans les parties peu denses de la tumeur, il est aisé de se rendre compte de cette disposition.

Le noyau est rarement circulaire, mais irrégulièrement polygonal.

La trame revêt deux aspects différents, suivant qu'elle est dense ou infiltrée.

Dans les parties denses, elle est formée de fines fibrilles conjonctives disposées en faisceaux ondulés et parallèles, constituant une véritable gaine aux cellules avec lesquelles elles sont en rapport immédiat; elles prennent assez bien la coloration au picro-carmin. On aperçoit également quelques fibres isolées, très sinueuses, à double contour, colorées en jaune chamois et qui sont vraisemblablement des fibres élastiques.

Dans les parties moins denses, la trame revêt l'aspect du tissu conjonctif lâche; il est constitué par des faisceaux conjonctifs colorés en rose par le picro-carmin et par des fibres enroulées de tissu élastique; çà et là, on aperçoit des cellules rondes, munies d'un ou deux noyaux très colorés (*fig. 3 c*).

Les vaisseaux sont abondants; on y reconnaît des artères, des veines, des capillaires et des lacunes vasculaires.

Les artères sont bien constituées avec leurs différentes couches, et sont reconnaissables à leur lame élastique interne.

Les veines ont des parois assez épaisses et offrent un endothélium plat caractéristique.

Les capillaires sont larges, parfois réduits à un simple endothélium.

Les lacunes qui mesurent parfois deux millimètres de diamètre ont une paroi propre et un endothélium vasculaire.

En résumé, il s'agit, dans cette tumeur, d'un fibrome jeune avec infiltration muqueuse en certains points.

OBSERVATION III

(H. Morestin, *In Bulletin de la Société anatomique*, mai 1899)

Fibrome pur de la paroi abdominale

Il s'agit d'une femme de 26 ans qui est entrée le 10 mai à l'hôpital Saint-Louis, isolement n° 17. Elle a eu deux enfants, dont l'aîné à 7 ans, le plus jeune 5 ans.

Les grossesses ont été normales et les accouchements très simples. La santé générale est excellente et il n'y a jamais eu de maladie antérieure.

Au côté gauche, un peu au-dessus de l'aîne est une petite tumeur dont la présence a été constatée depuis huit mois et qui, paraît-il, a augmenté sensiblement de volume depuis quelque temps. Les dernières règles ont été douloureuses et la malade en a pris de l'inquiétude ; elle en a accusé la tumeur et s'est décidée à en subir l'extirpation.

L'utérus est un peu abaissé, le col un peu gros, conservant la trace d'une déchirure ancienne et atteint d'une inflammation chronique, mais ni très profonde, ni très étendue ; en somme, rien de bien sérieux de ce côté. Les annexes sont ou du moins paraissent saines.

La tumeur ne fait pas de saillie extérieure appréciable. C'est

qu'elle est petite, que la paroi abdominale est très chargée de graisse, et enfin que le néoplasme est situé dans les couches profondes de cette paroi, comme on peut s'en assurer par la palpation. Ce dernier mode d'exploration donne en effet des renseignements fort nets sur ses caractères et son siège. On sent, au-dessus de l'arcade crurale, à un travers de doigt de cette arcade, au voisinage de la crête iliaque, tout près de l'épine iliaque antérieure et supérieure, en dehors du point où doit se trouver l'orifice profond du trajet inguinal, une masse dure, lisse, indolente au toucher, du volume d'une grosse noix, indépendante des téguments, légèrement mobile sur les plans profonds quand les muscles sont relâchés, fixée par leur contraction. Les limites sont moins faciles à apprécier quand les muscles sont tendus, mais elle ne disparaît pas. Cette tumeur est donc en connexion intime avec la paroi, ou plutôt fait corps avec elle, mais elle est dans les couches profondes de cette paroi. Son siège, ses rapports, sa consistance, l'âge de la femme et la marche de l'affection, nous firent porter sans hésitation le diagnostic de fibrome pariétal.

OPÉRATION

L'extirpation fut pratiquée le 12 mai. Je procédai à une dissection soigneuse et lente pour tâcher d'établir les connexions et les rapports. L'aponévrose du grand oblique fut mise à nu au niveau de la tumeur, par une assez longue incision parallèle aux fibres de cette aponévrose, commençant au-dessus de la crête iliaque et allant jusqu'au voisinage de l'anneau inguinal superficiel. L'aponévrose du grand oblique soulevée par la tumeur était intacte, elle glissait à la surface et n'avait avec elle que des adhérences celluluses fort lâches. Ce plan fibreux

incisé, et les deux lèvres de l'incision saisies et écartées par des pinces de Kocher, on put voir la masse néoplasique d'un blanc rosé, ayant la forme et le volume d'une amande verte encore entourée de sa coque. Elle était environnée des fibres musculaires du petit oblique. Le ligament rond n'avait aucun rapport direct avec la tumeur. Celle-ci était englobée dans les fibres rouges du petit oblique qu'il fallut couper tout autour de la tumeur. A ce niveau, le petit oblique et le transverse sont généralement fusionnés. La tumeur occupait presque dans toute son épaisseur le plan charnu formé par ces deux muscles. Cependant, après son extirpation, il existait encore quelques fibres voilant le fascia transversalis complètement respecté. La plaie fut ensuite refermée par des sutures profondes et superficielles, sans drainage. Les fils ont été ôtés aujourd'hui même 19 mai, et la réunion est parfaite.

EXAMEN MICROSCOPIQUE

La tumeur extirpée, d'une consistance très ferme, est blanchâtre à la coupe et uniforme. Sur les préparations microscopiques, on voit qu'elle est composée d'un tissu fibreux pur et très dense. On n'y voit aucune trace de fibres musculaires lisses. Mais à la périphérie, on voit tout autour de la tumeur des faisceaux de fibres striées, coupées en travers. Ce sont les fibres du petit oblique et du transverse. Beaucoup de ces faisceaux sont englobés complètement par le tissu fibreux qui les entoure, les sépare les uns des autres, les écarte. On en peut conclure que ce fibrome était en voie d'accroissement assez rapide, et cela d'autant mieux qu'il n'y a pas de limite nette, de capsule qui le sépare des tissus environnants. Dans tous les points considérés, il n'existe que du tissu fibreux, on ne voit

nulle part d'élément qui puisse permettre d'élever là dessus le moindre doute.

OBSERVATION IV

(MM. Auway et Marcille. *In Bulletin Société anatôm.* de Paris.

7 juillet 1899).

Fibrome pur de la paroi abdominale

La nommée A..., âgée de 24 ans, ménagère, entre à l'hôpital de la Charité, salle Gosselin, lit n° 21, le 18 avril 1899. Ses antécédents héréditaires sont excellents. Elle-même n'a fait aucune maladie antérieure.

Il y a 5 ans, la malade a eu une première grossesse sans incident. L'accouchement dure 16 heures et doit être terminé par une application de forceps. Trois mois après, la malade ressent une douleur légère dans la paroi abdominale, à droite de l'ombilic. En portant la main au point douloureux, elle constate la présence d'une petite tumeur grosse comme une noix et de consistance très dure. La douleur irradie vers les parties voisines. La malade est obligée de se coucher sur le côté correspondant pour calmer les élancements douloureux.

Elle devient enceinte une seconde fois et accouche le 24 août dernier. Depuis ce second accouchement, la tumeur a grossi et est devenue plus sensible. La malade ne peut plus calmer ses douleurs en se couchant sur le côté correspondant à la lésion. Les règles n'ont aucune influence sur la sensibilité et le volume de la tumeur. Ce sont ces douleurs qui amènent la malade à l'hôpital. Elles irradient dans la région lombaire droite et dans la cuisse correspondante.

A l'examen de la paroi abdominale, on constate l'existence

d'une tuméfaction étalée, située sur une ligne allant de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic, plus rapprochée de l'ombilic que de l'épine iliaque, séparée de la gaine du droit antérieur de l'abdomen par la largeur d'un travers de doigt environ. La peau qui recouvre la tumeur a conservé son aspect et sa consistance normale.

A la palpation, on sent une masse dure, légèrement inégale à sa surface, se continuant par sa périphérie avec les muscles de la paroi abdominale. Les deux diamètres verticaux et transversaux, sensiblement égaux, mesurent cinq centimètres environ. Lorsque la paroi abdominale est relâchée, la tumeur, qui fait corps avec elle, se laisse mobiliser en tout sens. Profondément, on ne lui sent aucun pédicule. Lorsque la paroi est contractée, la tumeur devient absolument immobile, et elle se trouve comme projetée en avant, devient plus apparente, ce qui nous porte à penser qu'elle est située sous l'aponévrose du grand oblique, et qu'elle appartient au muscle petit oblique.

L'examen ne permet de constater aucune relation entre la tumeur et le trajet inguinal droit.

Le toucher vaginal ne fournit aucun renseignement important ; le doigt constate une bride fibreuse circulaire constituant un véritable rétrécissement du vagin et qui, au dire de la malade, est survenu à la suite de la deuxième couche. L'utérus, sain, mesure 7 centimètres à l'hystéromètre.

OPÉRATION

Incision verticale de la peau, incision des tissus sous-cutanés et de l'aponévrose du grand oblique qui n'adhère pas à la tumeur. Immédiatement au-dessous de cette aponévrose, on trouve le néoplasme qui fait corps avec le muscle petit oblique.

Il est facile d'en faire l'extirpation au bistouri, mais on coupe dans le tissu musculaire du petit oblique en serrant, autant que possible, la tumeur. A sa partie inférieure, semble se détacher une partie plus épaisse, sorte de pédicule qu'on tend en tirant la tumeur vers la côte. Ce pédicule se dirige vers la région inguinale ; il est sectionné, mais on n'en poursuit pas la dissection vers le canal inguinal pour rechercher ses connexions avec le ligament rond, à cause de la grande distance qui sépare la tumeur de la région inguinale. Par sa face profonde, le fibrome répond au muscle transverse ; il n'adhère pas au péritoine qui est absolument respecté au cours de l'opération. Des sutures musculaires sont d'abord pratiquées, puis des sutures aponévrotiques et cutanées. La réunion se fit par première intention et dans des conditions fort simples.

EXAMEN MICROSCOPIQUE PAR M. CORNIL

Cette tumeur est formée de tissu fibreux vascularisé. On y voit par places, sur les coupes étendues, colorées à la thionine, des faisceaux de tissus fibreux entrecroisés, séparés par des cellules de tissu conjonctif amincies, plus ou moins nombreuses. Dans plusieurs points de la tumeur, ces cellules allongées, très nombreuses, prennent, par leur disposition parallèle, un aspect qui rappelle les faisceaux musculaires.

Nous en avons fait des préparations minces que nous avons examinées à un fort grossissement (Obj. Apochrom. Zeiss. 1mm6 à immers. homog. oc. compens. n° 4) pour déterminer s'il s'agissait là de muscles lisses ou de cellules conjonctives, et nous pouvons affirmer qu'il s'agissait uniquement, dans ce cas, de cellules de tissu conjonctif. Dans les faisceaux, en effet, qui ressemblaient à des faisceaux musculaires à un grossissement

faible, on voit seulement des cellules plasmatiques. Les unes se présentent de face, avec leur protoplasma membraniforme, réticulé, fibillaire, contenant souvent des granules de graisse, à prolongements anastomosés avec des cellules voisines; le noyau de ces cellules étalées est ovoïde et volumineux, plat. Les mêmes cellules, vues de profil et souvent parallèles, paraissent minces, longues, avec un noyau également vu de profil et très long. Mais ces cellules allongées s'anastomosent bout à bout avec des cellules qui leur font suite.

De plus, elles sont entourées de fibres minces de tissu conjonctif. Enfin, sur les coupes transversales de ces faisceaux, on voit les mêmes éléments cellulaires obliques ou coupés transversalement, mais présentant les mêmes noyaux et les mêmes prolongements anastomotiques de leur protoplasma. Si l'on compare cette disposition avec celle que revêtent les fibres musculaires lisses examinées par exemple dans un myome utérin, on voit que les faisceaux musculaires sont formés de cellules contractiles, au contact les unes des autres, sans anastomoses, toutes régulièrement parallèles et fusiformes. Ces faisceaux sont les uns coupés en long, les autres en travers. Les coupes transversales sont surtout très caractéristiques, parce que chaque cellule musculaire présente une section circulaire petite avec une bordure claire et la section médiane de son petit noyau également circulaire.

Les faisceaux qui ne renferment que des cellules musculaires, sans fibres de tissu fibreux, vus à la fois sur des sections longitudinales et transversales, sont tout à fait caractéristiques. Nous n'avons rien trouvé de semblable dans les préparations de cette tumeur fibreuse de la paroi abdominale.

OBSERVATION V

(résumée)

Fibrome de la paroi abdominale

(Mermet, interne des hôpitaux, in *Bull. Soc. anat.*, Paris, avril 1895)

Marie L..., âgée de 30 ans, sans profession, entre le 25 juillet 1894, dans le service de M. Marchand, à l'hôpital Saint-Louis, demandant à être débarrassée d'une tumeur qu'elle porte dans la paroi abdominale, au voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche.

Antécédents à peu près nuls ; pas de maladies graves, pas de traumatisme au niveau de la région malade ; un enfant il y a 5 ans. Cette femme a commencé à souffrir de la région iliaque gauche vers le mois de janvier 1894. A cette époque, elle accusait une certaine gêne dans quelques mouvements ; on ne constatait alors rien qui puisse expliquer cette impotence. Au mois de mars 1894, la malade remarqua dans l'épaisseur de la paroi abdominale, au point que nous avons indiqué, une petite induration, du volume d'une amande, indolore à la pression, relativement mobile, et gênant le fonctionnement des muscles abdominaux.

État actuel : A l'examen de la paroi abdominale, on remarque du côté gauche, à la limite du flanc et de la région iliaque, une tumeur du volume d'un œuf de poule, siégeant profondément dans l'épaisseur de la paroi, de forme elliptique, à grand axe dirigé suivant la ligne ombilico-iliaque supérieure, faisant une légère saillie du côté de la peau et à peine appréciable à la simple inspection.

Le diagnostic de fibrome de la paroi est fait et l'opération pratiquée le 28 juillet.

OPÉRATION

Incision oblique sur la tumeur de la peau et des fascias sous-cutanés; on arrive alors sur le plan aponévrotique du grand oblique, qu'on incise également. Immédiatement au-dessous de lui, on aperçoit un nodule fibreux, faisant corps avec les muscles; on l'isole d'abord des fibres musculaires circonvoisines. Du côté de l'épine iliaque antéro-supérieure, on voit que le tissu musculaire cesse et que la tumeur se continue par des trousseaux fibreux assez résistants avec le périoste de l'os iliaque. On sectionne ces fibres le plus bas possible, et on isole ainsi la tumeur du périoste iliaque. On attire ensuite celle-ci avec la pince de Museux, on dissèque alors sa face profonde et on constate qu'elle baigne en pleine graisse sous-péritonéale qui, elle aussi, semble plus dense, comme fibroïde; la tumeur se laisse pourtant assez bien isoler du péritoine pariétal qui n'est point intéressé.

Les muscles de la paroi sont suturés au catgut et sur deux étages; suture cutanée au crin de Florence. Guérison par première intention. Sortie de la malade le 14 août.

ASPECT MACROSCOPIQUE

La tumeur enlevée est du volume d'un œuf de poule.

Sa forme est ovoïde et aplatie en galet dans le sens antéro-postérieur; elle a pris cette forme en s'infiltrant à travers les plans musculaires moyen et postérieur de la paroi abdominale antérieure. La surface extérieure est à peu près lisse; on y remarque seulement quelques inégalités peu appréciables, surtout du côté de la face postérieure. Dans la plus grande partie de sa surface, on voit adhérents à la tumeur des tronçons de fibres musculaires coupées lors de la dissection; sur la face

postérieure existe une couche de 2 à 3 millimètres d'un tissu moins dense, cellulo-adipeux ; à la partie inférieure, le tissu néoplasique se raréfie et n'est plus formé que de quelques brides, vestiges du pédicule périostique.

A la coupe, la tumeur paraît mal circonscrite, il n'existe pas de capsule d'enveloppe. Elle offre une consistance semi-dure, uniforme, et crie à peine sous le couteau ; elle donne peu ou point de suc au raclage. La surface de section présente une coloration blanc grisâtre, pointillée légèrement de rouge par les vaisseaux sectionnés ; elle a un aspect fibroïde des plus nets, représenté par une trame à reflets nacrés dont les éléments semblent s'enrouler en cercles concentriques autour de certains centres irrégulièrement distribués.

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Des coupes ont porté sur divers points de la tumeur et ont été colorées avec divers réactifs : partout elles nous ont montré la même structure qui est celle d'un fibrome, non encapsulé, à texture embryonnaire peu complexe et assez vasculaire.

A un faible grossissement (60 diamètres), on voit une trame très serrée formée d'une substance prenant faiblement les réactifs colorants et au milieu de laquelle on aperçoit, tassés les uns contre les autres, des noyaux fortement teintés, fusiformes ou étoilés, disposés sans ordre bien défini.

Ça et là, sur certaines coupes, on aperçoit des faisceaux de fibres striées, qui pénètrent dans l'épaisseur de la tumeur et qu'on peut suivre plus ou moins loin ; autour de ces fibres striées se groupent parfois des débris de faisceaux conjonctifs adultes. Les vaisseaux sont nombreux, mais peu volumineux ; ils sillonnent la masse en tous sens ; ce sont eux qui ordonnent les éléments.

Un plus fort grossissement (400 diamètres), nous montre les détails suivants ; la trame constitutive paraît formée de fibrilles excessivement ténues, faiblement teintées par l'éosine et le picro-carmin, entrecroisées en divers sens, et semblant se continuer avec le protoplasma des cellules interstitielles. Des faisceaux conjonctifs adultes se rencontrent tout à fait à la périphérie de la tumeur et, sur certaines coupes, entre les fibres musculaires striées. On n'aperçoit pas de fibres élastiques. Les cellules qui forment la plus grande masse de la tumeur sont fusiformes ou légèrement étoilées en certains points ; leur noyau est volumineux, elliptique et fortement teinté ; leur protoplasma se colore assez mal ; leurs extrémités paraissent s'effiler et se continuer avec les fibrilles constituant la trame du néoplasme. La situation des cellules semble régie par les vaisseaux ; au voisinage de ceux-ci, les cellules ont leur grand axe parallèle à la direction du vaisseau ; dans leur intervalle, elles s'enchevêtrent avec une irrégularité surprenante, formant un feutrage inextricable.

Les faisceaux musculaires, dont on aperçoit la section, épars en divers points sur les coupes, sont enserrés au milieu des éléments cellulaires ; ils ont conservé néanmoins tous leurs caractères (double striation, noyaux du sarcolemne), et ne semblent point en dégénérescence.

A mesure qu'on s'avance vers la périphérie, ils deviennent plus nombreux et plus serrés. Les vaisseaux qui parcourent la tumeur sont peu volumineux ; leurs parois sont complètes ; ils sont pourvus de deux couches de fibres lisses autour desquelles se disposent longitudinalement, comme nous l'avons vu, les cellules conjonctives.

Il n'existe pas de vaisseaux sans parois propres, ni de ces vastes sinus béants qu'on retrouve dans les fibromes de la paroi.

OBSERVATION VI

(P. Ardouin, interne des Hôpitaux, in *Bull. Soc. Anatom.* Paris,
nov. 1897).

Énorme fibrome de la paroi abdominale

La nommée L..., couturière, 23 ans, entre le 3 juillet 1897, à l'hôpital Broussais, dans le service de notre maître, le Dr Michaux, présentant du côté gauche une volumineuse tumeur de la paroi abdominale. On ne note aucun antécédent, si ce n'est une fièvre typhoïde à l'âge de 15 ans. Deux accouchements normaux.

Trois ou quatre mois avant l'apparition de la tumeur, la malade reçoit sur le côté gauche du ventre un coup de timon de voiture. Dix-huit mois environ avant son entrée à l'hôpital, elle s'aperçoit qu'elle porte une petite tumeur du volume d'un œuf, à 7 ou 8 centimètres de la ligne médiane, un peu au-dessous de l'ombilic. Pendant 6 à 7 mois, le volume ne change pas notablement. Une grossesse survient alors et la tumeur acquiert progressivement ses dimensions actuelles. Depuis l'accouchement, qui remonte à mai 1897, elle n'a subi aucune modification. En juillet, on constate que la tumeur présente la forme d'un ovoïde à grand axe vertical, du volume d'une tête d'adulte. Sa convexité mesure de haut au bas 36 centimètres, et transversalement 27 centimètres ; sa circonférence au niveau de sa base d'implantation mesure 63 centimètres. Cette masse occupe la paroi abdominale sous-ombilicale dans toute sa hauteur, à gauche de la ligne blanche ; elle est assez mobile sur les plans profonds, sauf lors de la contraction des muscles de l'abdomen, de consistance uniformément dure, indolente à la pression,

sauf au point le plus saillant où existe une petite ulcération avec adhérence à la peau. Partout ailleurs, celle-ci est mobile, un peu tendue, amincie, et laisse voir par transparence de grosses veines flexueuses. Nulle part on ne trouve de ganglions lymphatiques hypertrophiés.

Le 7 juillet 1897, M. Michaux pratique l'extirpation. Une incision elliptique permet d'enlever avec la tumeur la peau ulcérée qui recouvre son pôle. La section des grosses veines qui serpentent dans le tissu cellulaire sous-cutané produit une hémorragie assez abondante. Bientôt on aperçoit le péritoine, transparent, lisse, au contact duquel se trouve la tumeur sans lui adhérer aucunement. Suture à deux plans, le profond musculo-aponévrotique, le superficiel cutané. Réunion par première intention.

La malade sort guérie le 15 juillet, elle est revue en novembre, en parfait état, sans trace de récurrence. La longueur de la cicatrice est de 16 centimètres.

EXAMEN DE LA PIÈCE

Le poids de la tumeur dépasse 4 kilogrammes. Elle est nettement limitée, encapsulée, ne présente aucun prolongement ou pédicule, aucune racine ; elle est dure, régulièrement ovoïde, avec cependant quelques bosselures au voisinage de son point d'implantation. De grosses veines rampent à sa surface. Sur une coupe verticale, parallèle au grand axe, la section est blanc-grisâtre, sèche, le tissu est dense, fibreux, criant sous le scalpel. Du point d'implantation des travées plus blanches, nacrées, pénètrent dans la masse, offrant quelque similitude avec les travées qui partent du corps d'Highmore pour s'enfoncer dans le parenchyme testiculaire.

EXAMEN MICROSCOPIQUE

On voit, sur les coupes, des tissus de fibres conjonctives plus ou moins entrecroisées et en certains points, de véritables tourbillons. Disséminés entre ces fibres adultes, se trouvent quantité d'éléments cellulaires, jeunes, allongés, fusiformes, munis d'un gros noyau. Les vaisseaux sont peu développés.

Au point de vue clinique, la malade présentait des symptômes caractéristiques, ne permettant pas de songer à une tumeur viscérale ou osseuse. A cause de la circulation collatérale, à cause de l'ulcération de la peau adhérente au pôle de la tumeur, à cause de l'évolution, il y avait lieu de conclure plutôt en faveur du fibro-sarcome que du fibrome pur.

OBSERVATION VII

(Inédite)

Fibrome de la paroi abdominale

(*In Bull. Soc. anatom. Nantes, mai 1886*)

Dans une séance du mois de mai 1886, à la Société anatomique des hôpitaux de Nantes, M. le Dr Joüon présente une tumeur de la paroi abdominale qu'il a enlevée. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un fibrome fasciculé bien colorable par le carmin.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

Les cellules sont tantôt fusiformes, tantôt étoilées comme dans le myxôme. Dans les points où le tissu conjonctif est infiltré, on voit que ces cellules sont très allongées, munies

d'un noyau volumineux également allongé, et qu'elles se terminent à leurs deux extrémités par un prolongement ondulé qui se ramifie en fines fibrilles. Elles sont plongées dans une trame abondante constituée par des faisceaux conjonctifs ondulés prenant très bien le picro-carmin. Il ne s'agit pas absolument de tissu conjonctif adulte, le nombre des cellules étant assez considérable. Les vaisseaux sont nombreux, à lumière large, parfois formant de vrais lacs sanguins et leurs parois sont peu épaisses.

En résumé, il s'agit d'un fibrome avec quelques points infiltrés.

Principaux modes de dégénérescence des fibromes de la paroi abdominale

a — Fibromes muqueux

A côté du fibrome simple, ordinaire, qui est tout à fait analogue au fibrome dur de la peau, on trouve une autre variété qui se rapproche davantage par sa conformation des tumeurs muqueuses, c'est le fibrome muqueux. Sa consistance n'est d'ordinaire pas aussi dure ; elle donne même souvent une sensation de fluctuation ; sur la coupe, apparaît au niveau des points dégénérés, une masse très glissante, semblable au blanc d'œuf, et montrant, à l'analyse chimique, les propriétés de la mucine du mucus véritable. Ce mucus pénètre la substance inter-cellulaire, mais il n'est pas si prédominant que l'on soit autorisé à donner à cette tumeur le nom de tumeur muqueuse. Cette

forme est plus disposée à s'accroître ; elle renferme aussi d'ordinaire plus de vaisseaux que l'autre, et donne plus fréquemment lieu à des récidives.

OBSERVATION VIII

Fibrome de la paroi abdominale avec points myxomateux.

(*In Soc. Anatom. Paris*, 1^{er} février. — MM. Claude et Tuffier)

La malade, M^{me} I..., est âgée de 27 ans. Aucun fait important n'est relevé dans ses antécédents. Elle eut, il y a deux ans, un accouchement normal, qui fut suivi un an après d'une fausse couche. Celle-ci fut très laborieuse et la malade eut de violentes douleurs pendant assez longtemps. Au mois de juin 1894, c'est-à-dire quatre ou cinq mois après la fausse couche, elle fut prise de douleurs localisées dans la paroi abdominale, au niveau de la fosse iliaque droite. Un médecin avait essayé de combattre ces phénomènes douloureux par des sangsues, mais ce traitement resta sans effet. Elle vint en juillet consulter M. Tuffier. A cette époque, il n'existait aucune tumeur, ni même aucune induration de la paroi. Les douleurs diminuèrent et disparurent un peu plus tôt. La malade est revue en novembre. Elle présente alors dans la partie inférieure de la paroi abdominale antérieure, à la hauteur de la fosse iliaque, une tumeur grande comme la paume de la main, mal délimitée, non douloureuse, mobile avec le plan musculo-aponévrotique et de consistance très dure, semblant adhérente à la crête iliaque, mais plutôt reliée à elle par les fibres normales de l'aponévrose du grand oblique et les fibres du petit oblique. La douleur du début, la

rapidité de l'évolution, firent penser à un sarcome des masses musculaires de l'abdomen, et la malade fut opérée le 23 novembre 1894, par M. Tuffier.

Après incision de la peau et de l'aponévrose superficielle du grand oblique, on constata que la tumeur était située dans les différents plans musculaires et aponévrotiques de la paroi, sans traces d'encapsulation, sans limites précises, et l'infiltration de divers points nécessite une ablation large. On sectionna les divers points musculaires à un travers de doigt autour de la région infiltrée, mais pour l'extirper complètement il fallut disséquer avec grand soin sa face postérieure étroitement accolée à la séreuse péritonéale. On reconstitua anatomiquement et aussi complètement que possible par plusieurs étages de suture la paroi abdominale, et l'on appliqua un pansement à la gaze iodoformée. La réunion fut parfaite et la guérison est complète depuis environ quatre mois sans aucune trace de récurrence.

EXAMEN MACROSCOPIQUE

La tumeur était en forme de galet, du volume d'un œuf. Elle était enclavée entre les fibres musculaires de la paroi antérolatérale de l'abdomen, à peu de distance de la crête iliaque. Une de ses faces, la face antérieure, présente encore une grande quantité de fibres musculaires sectionnées, ainsi que l'extrémité arrondie la plus voisine de la ligne médiane de l'abdomen. Il semble même que la tumeur se perde au milieu de ces fibres dont le tissu cellulaire interfasciculaire est hypertrophié et très dense. La face postérieure était au contraire directement en rapport avec le péritoine dont il fut fort difficile de l'isoler sans ouvrir la séreuse. L'extrémité externe était très voisine de la crête iliaque et paraissait terminée par une sorte de pédicule

fibreux aplati qui semblait se rattacher à la crête. La tumeur, nettement encapsulée, est pénétrée cependant par les fibres musculaires qui se terminent à son intérieur sans la traverser de part en part. Sur la coupe, elle est constituée par des fibres nacrées, brillantes, qui forment un réseau serré en se répandant dans toutes les directions, de sorte que les unes sectionnées longitudinalement ont un aspect resplendissant, tandis que les autres sectionnées transversalement sont plus ternes. Par le raclage, on n'obtient ni suc, ni exsudat gélatineux. La consistance de la tumeur est ferme.

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Au point de vue histologique, nous avons étudié trois parties :

Le centre de la tumeur, la partie périphérique où s'enfonçaient les fibres musculaires, enfin l'extrémité qui paraissait représenter le point d'implantation du pédicule.

Le centre de la tumeur est formé par un réseau extrêmement fin de fibrilles colorées en rose très pâle par le picro-carmin, légèrement teintées par l'éosine.

Parfois même, ce réseau fibrillaire est remplacé par une substance hyaline anhyste. De toutes façons, dans ce tissu, se rencontrent une grande quantité de cellules de diverses formes, les unes allongées, à extrémités filiformes, pourvues d'un noyau bien coloré également allongé. Ces cellules sont dirigées parallèlement, constituant des faisceaux plus ou moins développés. Les autres sont ramifiées, présentant un certain nombre de prolongements rectilignes ou légèrement infléchis, dont le corps cellulaire arrondi ou polygonal contient un gros noyau, et qui sont parfois mélangés à quelques cellules fusiformes. Enfin, il existe un certain nombre de points se distinguant à

l'œil nu par une coloration plus foncée au carmin ou à l'éosine, qui sont formés par une substance absolument anhiste prenant vivement les colorants, dans laquelle on constate quelques corpuscules teintés par le carmin et l'hématoxyline, vaguement ramifiés ou allongés, qui sont des corps cellulaires qui paraissent subir une atrophie ou une transformation particulière, rappelant le tissu fibro-aponévrotique.

Les vaisseaux de la tumeur sont assez nombreux ; leur structure est fort simple ; leur cavité, tapissée ordinairement par un endothélium, est entourée de quelques cellules rondes et parfois même de fibres en petit nombre, qui constituent un anneau conjonctif, un contour mince, à ces petits vaisseaux.

A la périphérie de la tumeur, les cellules ne présentent pas les particularités que nous venons de signaler ; on rencontre des faisceaux de fibres à noyaux allongés bien colorés, coupés en divers sens, et limitant des aréoles occupées par des fibres musculaires. Ces dernières se font remarquer par la prolifération de leurs noyaux, la diminution de la striation et sa disparition parfois dans les parties centrales. Quelques-unes même sont atrophiées et présentent une dégénérescence granulo-graisseuse assez avancée.

Mais, en général, elles paraissent avoir conservé toute leur vitalité et offrir seulement une réaction irritative. Les vaisseaux, dans cette région, sont constitués par un endothélium et un réseau fin de fibres conjonctives, mais ils sont souvent entourés d'un certain nombre de cellules embryonnaires.

Quant à l'extrémité qui paraissait présenter un pédicule, elle ne nous a offert rien de particulier. Elle est composée d'un tissu fibreux absolument semblable à celui des autres régions pénétré par places, par des éléments musculaires, ou bien par des trousseaux de fibres différant un peu de celles qui consti-

tuent la masse de la tumeur. Ce sont des éléments fibrillaires, ondulés, parallèles, particulièrement réfringents, semés çà et là de cellules anguleuses et qui se rapprochent beaucoup du tissu tendineux ou aponévrotique. Nous croyons que ce sont des prolongements des aponévroses voisines, qui, comme les fibres musculaires, ont été englobés dans le processus morbide.

Il n'y avait donc pas de pédicule particulier à la tumeur, mais l'aponévrose du grand oblique aurait pris cette apparence en subissant un certain épaissement au point de pénétration dans la masse. En somme, la tumeur est constituée d'une façon générale par des éléments fibrillaires bien développés, semés de cellules et interposés étroitement. Sur certains points, le stroma paraît formé par un tissu hyalin où les fibres sont moins nombreuses et les éléments cellulaires ramifiés plus abondants. La tumeur serait donc un fibrome contenant des parties myxomateuses. L'apparence pédiculée est due au pincement de certains faisceaux aponévrotiques par le processus néoplasique.

OBSERVATION IX

(Graëtzer. *Inaug. Diss.*, Bresleau, 22 juillet 1879)

Fibrome myxomateux bilatéral des parois de l'abdomen

D. D..., âgée de 33 ans, toujours bien portante. Réglée régulièrement depuis l'âge de 20 ans. Deux accouchements normaux, le dernier remontant à 3 ans.

Il y a 2 ans et demi, la malade sentit des deux côtés du ventre des tumeurs de l'étendue de la paume de la main, mobiles sous la peau et non douloureuses.

Depuis cette époque, les deux tumeurs s'accrurent doucement

mais continuellement, sans douleur et sans atteinte à l'état général.

19 février 1878. — Ablation de la tumeur gauche. Celle-ci, du volume du poing, était grossièrement mamelonnée, d'aspect blanc, rougeâtre à la coupe, extrêmement dure. Au microscope, la tumeur montrait un tissu conjonctif ondulé, fasciculé, rangé en groupes isolés qui tantôt se croisaient à angles droits ou obliques, tantôt couraient parallèlement.

Il y avait proportionnellement très peu d'orifices vasculaires; à l'intérieur de la tumeur se trouvait une partie en état de dégénérescence myxomateuse. C'était donc un fibrome myxomateux.

La tumeur du côté droit ne présentait pas de points muqueux.

OBSERVATION X

(Inédite)

(tirée du *Bulletin de la Société Anat. de Nantes*, avril 1882).

Fibrome avec points myxomateux de la paroi antérieure de l'abdomen.

M. le Dr Patoureau a envoyé au laboratoire une grosse tumeur enlevée par lui; cette tumeur siégeait à la paroi antérieure de l'abdomen et s'était probablement développée aux dépens des aponévroses de la région.

Le tissu est blanc, très dur, d'aspect franchement fibreux. L'examen microscopique montre que la plus grande partie du tissu pathologique est constitué par des faisceaux connectifs ondulés assez pauvres en cellules.

Par places cependant les cellules deviennent assez rapprochées les unes des autres ; elles sont fusiformes et l'ensemble du tissu prend un aspect voisin de celui du sarcome. Enfin, on trouve un grand nombre de points où les cellules écartées les unes des autres sont devenues étoilées ; entre elles se voit un tissu fibrillaire dont les fibrilles s'entrecroisent dans tous les sens au milieu d'une substance amorphe transparente. Ces points ont donc le caractère du myxome. Il s'agit donc, en résumé, d'un fibrome avec points myxomateux, fait très habituel dans les grosses tumeurs fibreuses.

b — Fibromes kystiques

Outre ces points de dégénérescence muqueuse, les fibromes de la paroi abdominale présentent quelquefois des cavités kystiques. Ces cavités ont le plus souvent un volume médiocre, mais peuvent atteindre parfois des proportions considérables comme dans la seconde observation que nous citons de cette variété de tumeurs.

OBSERVATION XI

(Recueillie par M. Reynès, chef de clinique du professeur Tedenat.

In thèse de Bireaud. Observation résumée).

Volumineux fibrome kystique de la paroi abdominale

R. J..., 18 ans (de Perpignan), entrée le 6 février 1897 (salle Bichat, n° 20) ; lymphatique, pas de maladies antérieures notables ; réglée à 15 ans régulièrement.

Il y a 2 ans, elle s'est aperçue d'une petite tumeur qui siégeait sous la paroi abdominale, au niveau de la fosse iliaque droite près de l'épine iliaque antéro-supérieure ; la tumeur a grossi peu à peu et progressivement, en s'étendant en bas et en dehors vers l'excavation dans laquelle elle plonge actuellement ; elle a aujourd'hui le volume d'une tête de fœtus.

Opération le 11 février. Tumeur de 1,200 grammes. A la coupe, tissu blanchâtre, d'aspect fibreux, criant légèrement sous le scalpel ; fibres arciformes ; quelques petites cavités kystiques. A l'extérieur, pas de gros vaisseaux, pas de dégénérescence sarcomateuse ; en certains points, tissu un peu plus mou rappelant le myxome.

OBSERVATION XII

Fibrome kystique des parois abdominales

Par Wyder (*Correspond. Blatt. f. Schweiz. Aerzte*, n° 4, p. 147,
15 février 1893).

Femme de 49 ans. Depuis deux ans, augmentation du volume du ventre qui a la forme et les dimensions qu'il acquiert à la fin de la grossesse. Fluctuation nette à la palpation. Utérus rétrofléchi, pas de tumeur appréciable dans le petit bassin. Ponction donnant issue à 20 grammes d'un liquide clair, jaunâtre, se coagulant rapidement à l'air. Pas de diagnostic.

Laparotomie exploratrice. On trouve une tumeur colossale, blanche, lobulée, offrant de nombreuses cavités, de dimensions variables, contenant toutes un liquide semblable à celui de la ponction. Énucléation facile de la tumeur ; un cordon conjonctif, gros comme le pouce, se rendant dans l'espace prévésical, est lié et relevé dans l'angle inférieur de la plaie. Après extraction

de la tumeur, on reconnaît que la cavité péritonéale n'a pas été ouverte. Mais comme le péritoine pariétal distendu en sac, forme une forte saillie concave en dedans, on en résèque une grande partie avant de fermer la plaie abdominale.

La tumeur qui pesait une vingtaine de livres était un fibrome kystique.

Guérison sans incidents.

c. — Fibromes calcifiés

Une troisième forme de dégénérescence des tumeurs fibreuses de la paroi abdominale est la calcification. Hâtons-nous de dire que cette transformation est excessivement rare. Certains fibromes de la paroi s'ossifient et se pétrifient. Ils se distinguent, d'après Virchow, des ostéomes proprement dits en ce que l'ossification ne tend pas à devenir complète ; la masse calcaire se dépose sous forme de noyaux distincts et de sortes de piliers à travers la tumeur. Il en résulte la sensation d'un corps dur ; la masse se coupe difficilement ; sur la surface de section, on ne voit apparaître que des points, des lignes ou des noyaux isolés qui sont complètement crétiifiés, tandis qu'entre eux existe une masse fibreuse plus ou moins considérable. Ces fibromes restent petits pour la plupart et ne causent de troubles qu'en tant qu'ils siègent en des points où ils sont exposés fréquemment à être atteints par la pression et qu'ils exercent de leur côté une pression analogue sur les parties sous-jacentes, par exemple au

coup de pied où ils forment ce qu'on a appelé : os superposés.

Voici un exemple de calcification de ces fibromes que nous empruntons à M. Kirmisson.

OBSERVATION XIII

Fibrome calcifié de la paroi abdominale

(Kirmisson. *Soc. Anat.*, Paris, 24 mai 1889)

Ce volumineux fibrome calcifié de la paroi abdominale antérieure s'était développé, en l'espace de deux années environ, chez un jeune homme de 18 ans. La tumeur occupait le côté gauche, remplissant presque complètement tout l'espace compris entre les fausses côtes et la crête iliaque. Elle s'avancait jusqu'à la ligne médiane, et la dépassait même de deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. L'énucléation a été possible, après résection et suture du péritoine. Le malade est aujourd'hui guéri.

L'examen histologique n'a permis de constater dans cette tumeur que du tissu fibreux et une masse calcaire qui en forme la presque totalité.

Nicaise rapporte aussi un fait bien examiné histologiquement d'une tumeur ressemblant à un immense os spongieux, avec aréoles à parois d'apparence osseuse, contenant une moëlle jaunâtre abondante. On constatait, en plein tissu dur, deux gros îlots de cartilage hyalin et, çà et là, des travées de tissu fibreux.

(Gross. *Traité de pathol. et de clin. chirurg.*, tome II, page 579).

B. — Fibro-myomes

Dans quelques cas, on a cru trouver dans les fibromes de la paroi abdominale des fibres musculaires lisses et la tumeur devient alors un véritable fibro-myome. Gross, dans son *Traité de Pathologie chirurgicale* de 1891, n'a pu en relever que quatre cas. M. Puyaubert, dans sa thèse de 1899, en cite bien huit cas, mais sur ses huit observations, nous n'en avons guère trouvé que deux qui soient accompagnées d'examen histologique détaillé, et qui acquièrent par là même quelque valeur. Pour se prononcer sur la qualité de ces tumeurs, il était nécessaire d'examiner d'une façon très approfondie les caractères de la cellule musculaire lisse, et c'est précisément sur ce point que M. Cornil a insisté dans les examens histologiques qu'il fit en ces dernières années sur les fibromes de la paroi. Voici, d'après cet auteur, l'aspect microscopique que présente une coupe de fibro-myome, en prenant pour type un fibro-myome utérin :

« On voit, dit M. Cornil, que les faisceaux musculaires sont formés d'éléments contractiles en contact les uns des autres, sans anastomoses, toutes régulièrement parallèles et fusiformes, avec un petit noyau nettement en bâtonnet. Voilà l'aspect que présente ce faisceau coupé en long.

» Les coupes transversales présentent une disposition au moins aussi caractéristique, parce que chaque cellule musculaire présente une section circulaire petite avec une bordure claire et la section médiane de son petit noyau également circulaire. »

Sur aucune de nos préparations de tumeurs fibreuses de la paroi abdominale nous n'avons observé une disposition absolument semblable à la description précédente. Certains points de nos préparations rappellent sans doute de très près la structure du fibro-myome ; la cellule devient fusiforme, son noyau s'allonge beaucoup, et les cellules voisines prennent une disposition parallèle comme dans le fibro-myome. Mais, même dans ces points qui ont pu donner le change et en imposer pour du muscle lisse, nous avons incliné en faveur de fibres-cellules de tissu conjonctif, et cela pour les raisons suivantes : ces cellules, tout en prenant la disposition fusiforme, ne sont pas aussi régulièrement allongées que les fibres musculaires lisses ; leur noyau, tout en étant parfois très long, ne présente jamais l'aspect d'un véritable trait. Les extrémités de ces cellules paraissent s'effiler et se continuer avec les fibrilles qui constituent la trame du néoplasme.

La différence est au moins aussi sensible sur les coupes transversales. En effet, l'élément cellulaire que nous croyons être une fibre-cellule, présente un noyau plus volumineux, moins régulièrement arrondi que celui de la fibre musculaire lisse.

Enfin, sur beaucoup de points de nos préparations, nous avons vu les éléments cellulaires qui rappelaient le mieux la disposition de la fibre lisse se transformant progressivement et de proche en proche en fibres-cellules caractéristiques de tissu conjonctif, ce qui nous a fait penser que ces éléments, pris sans doute par beaucoup d'observateurs pour des fibres musculaires lisses, n'étaient très probable-

ment que des cellules conjonctives plus ou moins allongées dans le sens des faisceaux conjonctifs qui les séparent.

Si nous avons élevé quelques doutes sur la qualité de beaucoup de tumeurs qui furent étiquetées fibro-myomes de la paroi, ce n'est pas que nous prétendions les rayer complètement, mais nous pensons seulement qu'ils sont peut-être beaucoup plus rares qu'on a bien voulu le dire.

Deux observations citées par M. Puyaubert dans sa thèse de 1899, sont assez complètes au point de vue de l'examen microscopique pour mériter d'être prises en considération ; aussi nous permettons-nous de les publier *in extenso* :

OBSERVATION XIV

Fibro-myome de la paroi abdominale

(Par MM. Doléris et Mangin. In thèse Puyaubert, 1899).

M^{me} Adrienne D..., 26 ans. Réglée à 12 ans, toujours régulièrement. Mariée à 19 ans, accouchée à 21 ans ; accouchement normal. Il y a 4 mois, M^{me} D... s'aperçut qu'il lui venait dans l'aîne droite une tumeur dure qui grossissait rapidement. Cette tumeur était située exactement au-dessus de l'arcade de Fallope, avec laquelle elle était fusionnée par en bas. Par en haut, au contraire, on peut bien passer les doigts derrière elle. La forme est ovoïde, allongée parallèlement à l'arcade. La partie inférieure de la tumeur est fusionnée avec les fibres de l'arcade crurale.

Examen histologique : fibro-myome.

Deux mois après l'opération, un noyau induré commença à réapparaître un peu au-dessus de la cicatrice.

Opération acceptée en février 1896. Tumeur très adhérente au péritoine. Dans le pédicule, on trouve une grosse artère, branche de l'épigastrique, ce qui fit supposer que le point de récidence avait du paraître au niveau du canal inguinal. Au cours de l'opération, celui-ci fut largement ouvert, la tumeur plongeant dans l'abdomen par cet orifice. Suites opératoires très simples les cinq premiers jours, puis érysipèle. Guérison rapide.

EXAMEN HISTOLOGIQUE DES DEUX TUMEURS PRATIQUÉ

PAR M. BOURGES

L'aspect étant le même pour les deux tumeurs, la même description s'applique à chacune. Le groupement en rubans et en îlots des cellules qui composent la majeure partie de ces tumeurs, leur enlacement par des faisceaux conjonctifs, la vascularité du tissu et surtout l'aspect particulièrement allongé de ces cellules fusiformes, ainsi que la forme en bâtonnets sinueux de leurs noyaux, qui est particulièrement caractéristique de la fibre lisse et s'observe très bien dans les deux cas, permettent de considérer ces tumeurs comme étant de nature fibromyomateuse.

OBSERVATION XV

Fibro-myome de la paroi abdominale

(MM. Glantenay et Fresson, in *Bulletin de la Société Anatomique* de décembre 1898, in thèse Puyaubert, 1899).

MM. Glantenay et Fresson présentent une volumineuse tumeur de la paroi abdominale qui s'énucléa pour ainsi dire quand M. Nélaton incisa la paroi croyant aller à la rencontre d'un kyste de l'ovaire. Elle pèse 6 kilogrammes 500 grammes ; la femme

qui la portait depuis deux ans, était âgée de 54 ans. Il s'agit peut-être d'un fibrome ramolli ; l'examen histologique sera pratiqué et communiqué ultérieurement.

EXAMEN MICROSCOPIQUE

La tumeur se compose de deux tissus : conjonctif et musculaire lisse. Le tissu conjonctif coloré en rose par le carmin, est du tissu fasciculé. Il est formé en effet de faisceaux onduleux, avec quelques éléments cellulaires allongés, présentant les caractères de cellules fixes du tissu conjonctif. Pas d'autres éléments cellulaires, pas de leucocytes. Ces faisceaux conjonctifs ont une orientation tout à fait irrégulière. On ne discerne par aucune coloration, ni même par l'orcéine, la présence de fibres élastiques.

Le tissu musculaire présente l'aspect habituel des fibres lisses. Il est formé d'éléments allongés, à corps protoplasmiques grêles, fusiformes, se colorant en jaune par le carmin picrique, et à noyaux onduleux allongés en bâtonnets. Ces fibres lisses sont réunies le plus souvent en faisceaux peu volumineux. Certaines sont coupées en travers. C'est dire que leur disposition, comme celle du tissu conjonctif, n'affecte aucune espèce de régularité.

L'intrication des deux variétés de tissu ne présente elle-même aucun ordre apparent. Il semble que le tissu musculaire lisse l'emporte en abondance sur le tissu conjonctif. La zone de ramollissement est formée d'une substance granuleuse, n'ayant aucun caractère tissulaire, se colorant en jaune par le picrocarmin et en bleu par la thionine. La tumeur contient des vaisseaux sanguins ; ce sont des capillaires, avec leur structure ordinaire ; les vaisseaux plus importants sont en très petit nombre, et quelques-uns sont thrombosés.

CHAPITRE III

Origine et pathogénie. — Discussion

Nous avons dit que, dans ces derniers temps, M. Guinard (*Traité de Chirurgie*, Le Dentu et Delbet, t. VII) et Puyaubert (Thèse de Paris, avril 1899), reprenant l'idée que Sauger avait émise dès 1883, ont admis que presque tous les fibromes de la paroi étaient des tumeurs développées aux dépens de la portion intra-pariétale du ligament rond. C'est l'origine génitale qu'ils opposent à l'origine ostéo-périostique et à l'origine fibro-musculaire.

Or, la question est de savoir si cette pathogénie est applicable à tous les cas de fibromes de la paroi abdominale, comme le veut Guinard, si elle doit se substituer à la théorie fibro-musculaire admise jusqu'ici comme la plus probable, ou bien si des théories différentes peuvent être appliquées à des tumeurs en apparence identiques. La publication de faits nouveaux, observés consciencieusement et sans parti pris, permettait seule de résoudre le problème, et c'est dans ce but que nous avons uni nos quelques cas personnels à ceux qui furent rapportés dans ces dernières années.

La grande majorité de ces observations ne confirment aucunement la théorie de M. Guinard. En effet, si ces tumeurs prennent leur origine dans le ligament rond, elles doivent avoir des connexions plus ou moins intimes avec cet organe. Or les dissections attentives qui furent faites dans ce but au cours des opérations révèlent qu'elles en sont le plus souvent complètement indépendantes, même lorsqu'elles siègent dans la région ilio-inguinale, c'est-à-dire dans son voisinage, à plus forte raison lorsqu'elles occupent des régions éloignées, le voisinage de l'ombilic par exemple, comme dans les cas suivants empruntés au traité de MM. Labbé et Rémy.

Obs. LXVI (Esmarch). Au-dessous de l'ombilic.

Obs. LXVII (Labbé). Sur une ligne allant de l'épine iliaque ant. et inf. à l'ombilic.

Obs. LXVIII (Boye). Au-dessus de l'ombilic.

Obs. LXIX (Weinlechner). A trois travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde en haut et à trois travers de doigt au-dessus du bord libre du ligament de Poupart. Prise pour une tumeur de l'ovaire.

Obs. LXXV (Guerrier). Extrémité supérieure atteint l'ombilic.

Obs. LXXVII (Labbé). Au-dessous de l'ombilic.

Nous admettons sans doute que ces localisations sont exceptionnelles pour les fibromes de la paroi abdominale, et que, le plus souvent, ils siègent dans la région ilio-inguinale, au voisinage du ligament rond. Du reste, on

pourrait admettre à la rigueur, avec M. Guinard et son élève, que la tumeur aurait pu prendre naissance aux dépens des fibres aberrantes, plus ou moins dissociées pendant la période de développement. M. Morestin fait remarquer avec raison que cette interprétation serait plausible si la tumeur était située sous le péritoine, où la présence de ces fibres lisses est souvent constatée, mais elle est souvent dans l'épaisseur des muscles striés, non pas dans un interstice, mais dans le corps charnu même, et elle fait corps avec les faisceaux musculaires, les entoure et les englobe.

On peut prétendre que cet envahissement est secondaire, et on l'admettrait sans répugnance si la structure de la tumeur devait apporter quelque élément de preuve.

Mais ce qui condamne précisément la théorie trop exclusive de M. Guinard, c'est la composition histologique de ces tumeurs. Les examens qui ont été faits semblent révéler en effet qu'il s'agit, dans la grande majorité des cas, de tumeurs exclusivement conjonctives, qu'on les appelle des fibromes jeunes ou des fibro-sarcomes peu importe, et que la présence de fibres musculaires lisses constitue l'exception ; et à ce propos, nous sommes tenté de croire, avec M. le professeur Malherbe, que si l'on a cru trouver plus souvent des fibres musculaires lisses, c'est qu'on les a confondues avec les cellules conjonctives, distinction qui est très difficile à faire dans certains cas et exige de la part de l'observateur une grande pratique de l'histologie et une longue habitude du microscope.

Pour que la théorie de l'origine génitale puisse tenir

devant les faits, il faudrait alors supposer que des débris fibreux du ligament rond auraient seuls persisté en ce point ou seraient seuls devenus malades, ou auraient atrophie l'élément musculaire dans un processus primitivement mixte (H. Morestin).

Ce seraient bien des hypothèses pour appuyer une hypothèse.

La simple constatation des faits nous ramène à la théorie de l'origine fibro-musculaire soutenue jadis par M. le professeur Guyon et par MM. Labbé et Rémy, dans leur mémoire. Ces auteurs indiquent comme point de départ le plus habituel des fibromes de la paroi abdominale, les muscles et les aponévroses de cette paroi. Nous nous gardons bien toutefois de considérer comme fausse et de rejeter absolument la théorie si séduisante de M. Guinard. Nous la croyons, au contraire, fort applicable à certains fibromes appartenant à la région ilio-inguinale, et ayant des connexions intimes avec le canal inguinal. Nous pensons seulement qu'elle ne saurait s'appliquer à toutes les variétés de tumeurs dites fibreuses de la paroi.

On nous objectera sans doute que si nous admettons l'origine fibro-musculaire comme la plus habituelle, nous sommes incapable d'expliquer les relations indéniables qui existent entre ces tumeurs et l'appareil sexuel de la femme : d'abord elles se développent chez la femme jeune et au moment de la période d'activité génitale ; elles provoquent quelquefois des troubles des règles, et les règles ont parfois une action sur leur développement ; enfin, la grossesse surtout leur imprime une marche particulière.

A cette objection, nous répondons : est-il absolument besoin, pour expliquer ces phénomènes, d'admettre l'origine génitale ? Nous ne le croyons pas. Pour ce qui est de la grossesse, en particulier, ne pouvons-nous pas admettre que l'état de gestation, qui apporte des modifications non seulement dans l'appareil génital de la femme, mais qui retentit sur l'organisme tout entier, soit capable de déterminer des modifications dans une tumeur même indépendante des organes génitaux. Des travaux récents ont montré du reste que la grossesse n'exerce pas seulement son action hypertrophiante sur l'appareil musculaire des organes génitaux (utérus, ligaments larges, ligaments ronds, etc...), mais sur les muscles de l'abdomen et même des membres.

M. Darante, chef du Laboratoire de la Maternité, dans son travail sur la regression cellulaire (*Presse Médicale*, 21 mars 1900), montre l'action de la grossesse sur les muscles de la paroi abdominale, et en particulier sur le grand droit de l'abdomen. Il choisit des cas de mort subite où aucune infection aiguë ou chronique n'était venue altérer les fibres. Il démontre que la division des fibres aboutit au phénomène de l'hypertrophie, lorsqu'au lieu de se développer dans un muscle pathologique, elle apparaît dans un muscle physiologique surmené.

« La division longitudinale, dit M. Durante, entraîne alors, non pas une atrophie, mais une hypertrophie vraie, par augmentation du nombre des éléments striés, véritable hypertrophie numérique, dont l'existence avait été soupçonnée, il est vrai, mais jusqu'ici toujours vivement contestée. »

Or, n'est-il pas très logique d'admettre qu'un état, qui exerce des modifications aussi profondes dans la structure même de la paroi abdominale, soit capable de déterminer des modifications dans une tumeur siégeant au sein même de cette paroi, que ce soit par une hyperplasie des éléments conjonctifs interstitiels aboutissant à une tumeur fibreuse, ou par une véritable métaplasie fibreuse, les éléments musculaires aboutissant par dégénérescence à une sorte de sclérose.

De plus, en distendant le ventre à l'excès, l'utérus gravide n'exerce-t-il pas des tiraillements, des tractions, en somme un traumatisme continu sur une tumeur intra-pariétale, et nous ne pensons pas qu'il soit absurde d'admettre que ce traumatisme soit capable d'activer la marche et de hâter le développement d'une telle tumeur.

Si nous admettons dès lors que les aponévroses et les muscles de la paroi abdominale sont le point de départ le plus fréquent des fibromes qui nous occupent, comment expliquerons-nous la formation de ces tumeurs ?

Il nous a semblé que le traumatisme, pris dans son sens le plus général, jouait un rôle considérable dans leur pathogénie et c'est à titre de traumatisme, non pas aigu, mais lent et continu, que la grossesse et l'accouchement, qui sont sans nul doute les facteurs les plus importants et et les plus habituels, nous paraissent jouer un rôle prépondérant dans la formation de ces tumeurs. La paroi abdominale, surdistendue par l'utérus gravide, peut subir des altérations, des déchirures suivies de cicatrices, ces cicatrices devenant le point de départ d'une tumeur,

comme cela arrive fréquemment pour les tumeurs fibreuses des autres régions.

MM. Labbé et Rémy accordent, avec raison selon nous, une part très importante à l'accouchement proprement dit : « A notre avis, les états du ventre qui viennent d'être décrits (états du ventre pendant la grossesse) ne sont que des causes accessoires. Le véritable agent, c'est l'effort de l'accouchement. Voilà pourquoi ces tumeurs surviennent le plus souvent chez les femmes ; car, dans aucune espèce d'effort étudié en physiologie, les muscles de l'abdomen de l'homme ne sont soumis à des contractions aussi intenses, aussi prolongées et aussi fréquemment renouvelées que celles dont nous venons de parler. »

Cette théorie qui invoque pour cause la plus habituelle le traumatisme en général, a l'avantage de ne pas être infirmée, comme la théorie génitale, par la présence, rare il est vrai, des tumeurs fibreuses pariétales chez l'homme. Dans ces cas en effet, quand on fouille bien l'étiologie, on y trouve presque toujours un traumatisme, que ce soit un coup sur l'abdomen, comme dans le cas que nous empruntons à Remwal, où un traumatisme opératoire dont l'observation communiquée par M. le professeur Heurtaux donne un exemple frappant.

OBSERVATION XVI

(Inédite)

(due à l'obligeance de M. le professeur Heurtaux)

Fibrome de la paroi abdominale chez un homme.

L..., Joseph, peintre, 31 ans, demeurant à Nantes, 2, Petite-Rue-des-Carmes.

Il y a 2 ans et demi cet homme a subi la cure radicale d'une hernie inguinale gauche dans un hôpital de Paris.

Pendant 2 ans, la santé a été parfaite. Depuis 6 mois, une tumeur s'est développée au niveau du trajet inguinal: elle est ovoïde, dure, lisse, grosse comme un œuf de poule. L'opération est pratiquée le 20 juillet 1895. C'était un fibrome adhérent au petit oblique et au transverse dont il a fallu exciser quelques faisceaux musculaires. On a trouvé un crin de Florence dans ce fibrome, vers son tiers supérieur.

OBSERVATION XVII

(résumée, in Thèse Puyaubert, 1899)

Exemple de traumatisme occasionnant la production d'un fibrome. Fibro-nucleated tumor of the abdomen of fourteen years growth; Remwall, Tumeur fibreuse datant de 14 ans.

Le malade, John W..., fut admis dans la salle Kenton (Saint-Bartholomew's hospital), le 26 mars 1856.

Il a 27 ans. Il a une grosseur sur l'abdomen juste au-dessous

de l'ombilic, depuis 14 ans; celle-ci a pour origine un traumatisme sur le devant de l'abdomen, par une roue de charriot; mais lui l'attribue à un pincement de la peau. Il n'y a pas d'autre fait dans son histoire pour expliquer ce développement. La tumeur l'a beaucoup gêné à cause de sa situation. Dans ces deux dernières années, elle commença à s'ulcérer. Actuellement, la tumeur a atteint l'étendue d'une grosse orange aplatie. Elle présente des ulcérations superficielles. Il y a un nombre de tubercules distincts sur sa surface.

La tumeur est enlevée le 19 mars.

En faisant une section de cette tumeur, on remarqua qu'elle possédait un caractère fibreux bien marqué; elle était formée, très probablement, de tissu cellulo-fibreux imparfait.

Dans une observation de Volkmann, il s'agit d'un fibrome développé, comme le rapporte Hertzog, dans une cicatrice de péritonite. M. Le Dentu rapporte un autre exemple: chez une femme de 38 ans, opérée d'ovariotomie en 1881, un fibrome se développe sur la cicatrice en 1882. Un autre cas de fibrome nettement cicatriciel et qui a toute la valeur d'une expérience de laboratoire a été publié dans le *Bulletin de la Société Anatomique* de janvier 1899, par M. Lefas; il s'agit d'un chien ayant eu une patte écrasée et chez lequel se développe un fibrome à l'endroit de la fracture.

Nous avons cité ces observations en insistant quelque peu, pour montrer la part importante qui revient au traumatisme dans l'étiologie des tumeurs de la paroi abdominale. Nous nous garderons bien de dire cependant

que c'est là l'unique facteur; nous prétendons au contraire que les tumeurs dites fibreuses de la paroi abdominale, qui sont quelquefois très différentes quant à leur structure anatomique, reconnaissent des causes très diverses. Nous avons dit que la plus importante nous paraissait être le traumatisme; mais, à côté des tumeurs d'origine traumatique, il faut faire une place à celles, beaucoup plus rares à notre avis, qui se développent spontanément, peut-être aux dépens du ligament rond comme le veut M. Guinard. Quelques-unes enfin peuvent reconnaître pour causes des maladies antérieures, une constitution prédisposante, etc...

Il faut aussi faire la part de l'inconnu qui existe dans l'étiologie des fibromes de la paroi abdominale comme dans celle de toutes les tumeurs en général, et nous devons avouer que beaucoup de ces tumeurs apparaissent sans cause apparente et que nous sommes incapables d'expliquer leur origine.

Si nous nous sommes permis de critiquer quelque peu la théorie de M. Guinard, que nous croyons juste dans une certaine mesure, c'est parce que nous avons pensé qu'elle était beaucoup trop exclusive en attribuant presque toujours aux fibromes de la paroi abdominale une origine purement génitale.

CONCLUSIONS

I. — Les tumeurs bénignes de la paroi abdominale sont le plus souvent des tumeurs exclusivement conjonctives, se développant aux dépens des muscles et des aponévroses de l'abdomen.

II. — Elles subissent quelquefois des dégénérescences muqueuses (fibrome muqueux), kystiques (fibro-kystes), calcaires (fibromes calcifiés).

III. — Elles pourraient, d'après certains auteurs, emprunter des fibres musculaires lisses au ligament rond chez la femme et constituer alors de véritables fibromyomes, mais ces faits nous semblent exceptionnels.

IV. — Elles reconnaissent le plus souvent comme cause le traumatisme pris dans un sens très général, traumatisme de la grossesse et de l'accouchement chez la femme, traumatismes accidentels ou opératoires chez l'homme et chez la femme vierge.

V. — Dans beaucoup de cas, la véritable cause de ces tumeurs reste inconnue, et on est obligé d'invoquer, pour

expliquer leur origine, l'existence de maladies antérieures, ou une constitution prédisposante à la diathèse néoplasique.

Vu : le Doyen,

P. BROUARDEL.

Vu : le Président de Thèse,

GUYON.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ANDAIN (*in Bulletin Soc. Chirurg.*, 1896, p. 469 et 481).
- ARDOUIN, P. (*in Bulletin Soc. Anatom.*, Paris, 7 juillet 1899).
- AUVRAY et MARCILLE (*in Bulletin Soc. Anat.*, Paris, 7 juillet 1899).
- BRUN (*in Annales de Gynécologie*, 1886).
- BOUCHACOURT (*Gazette des Hôpitaux*, 1851).
- BODIN (Thèse de Paris, 1861),
- CORNIL et RANVIER (*Manuel d'Histol. pathol.*, Paris, 1884, p. 186).
- CORNILS (Thèse de Kiel, 1865).
- CLAUDE et TUFFIER (*in Bulletin Soc. Anat.*, Paris, 1^{er} février 1895).
- DOLÉRIS (*Soc. d'Obstétrique*, mars 1896).
- DUPLAY et RECLUS (*Traité de Chirurgie*, tome VII).
- DAMALIX (Thèse de Paris, 1886).
- DURANTE (*Revue Médicale*, 21 mars 1900).
- GUYON (*Tribune Médicale*, p. 257, 1877. *Bulletin Soc. Chirurg.* 1875, et *Acad. de Méd.*, 22 mai 1877, p. 546).
- GRATZER (Thèse de Breslau, 1879).
- GUERRIER (Thèse de Paris, 1883).
- GROSS (*Bulletin Méd.*, Paris, 1900, XIV, p. 297-299).
- GUÉRIN, H. (Thèse de Paris, 1882-1883).
- HAYEM (*Revue des Sciences médicales*, tome XLIII, p. 251 ; tome XXXIII, p. 623 ; tome XXVI, p. 722 ; tome XX, p. 688).

HEURTAUX (*Dictionn. de Méd. et de Chirurg. pratiques*, tome XIV, 1871, p. 675).

HARDY (*Nouveau Dictionn. de Méd. et de Chirurg. pratiques*, 1877).

HUGUIER (*Bulletin Soc. Chirurgie*, 22 août 1860).

KIRMISSON (*Bulletin Soc. Chir.*, 1889, p. 442).

LABBÉ et RÉMY (*Traité des Fibromes de la paroi abdominale*, 1888).

LOISNEL (Thèse de Paris, 9 mai 1888).

LEBEC (*Gaz. des Hôp.*, 1888).

LE DENTU (*Bulletin Soc. Chir.*, 19 et 26 février 1890).

LIMAUGE (*Gaz. des Hôp.*, février 1850, p. 79).

LANGENBECK (*Deut. Klinik*, p. 222, 1850, et *Archiv. f. Klin. Chir.* Bd. I, p. 105, 1856).

LAGRANGE (*Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 1885).

MARCHAND (*Bulletin Soc. Chir.*, 1888, p. 658).

MONTIELS (*Bulletin Soc. Chir.*, 23 février 1887).

MOLLIÈRE, Daniel (*Gaz. des Hôp.*, avril 1886).

MERMET (*in Bulletin Soc. Anat.*, Paris, avril 1895).

MORESTIN, H. (*in Bulletin Soc. Anat.*, Paris, mars 1899).

NÉLATON (*Gaz. des Hôp.*, 1862).

NICAISE (*Revue mens. de Méd. et de Chir.*, 1878).

NOIROT (Thèse de Paris, 1896).

PICQUÉ (*Bulletin Soc. Chirurg.*, juin 1896).

PIC et MOLLIÈRE (*Lyon Méd.*, 16 décembre 1888).

PAGET (*The Lancet*, 1856, p. 625).

PÉAN (*Traité des Tum. abdom.*, p. 141, 1880).

PUYAUBERT, L. (Thèse de Paris, 1899).

RINDFLEISCH (*Histol. pathol.* ; traduction Gross et Schmitt, 1888, p. 152).

REGANOD (*Archives de Méd. expér.*, janvier 1896).

ROGUET, G. (Thèse de Paris, 1897).

SECOND (*Sem. Méd.*, 5 décembre 1888).

- SAPPEY (*Gaz. des Hôp.*, janvier 1850, p. 29).
- SANTESSON (*Dublin quaterly Journal*, XX, 1885, p. 493).
- SUADICANI (Thèse de Kiel, 1875).
- SALESSE (Thèse de Paris, 1876).
- SANGER (*Arch. f. Gn.*, vol. XXIV, 1884).
- STAVELY (*Connective-tissue tumors of the abdominal wall*. Philad. M. J., 1900, V. 638-641, 2 fig.).
- SONNENSCHN Karl (*Ueber tumoren der Bauchdecken und Bauchlein-geweide. Inaug. Dissert.* Bonn, 1900, juli).
- TERRILLON (*Archives de Méd.*, 1888).
- TURNER, H. (Thèse de Paris, 1895).
- VIRCHOW (*Fibromes, in Pathol. des Tumeurs* (traduc. franç.), tome I, p. 285, Paris, 1867).
- WYDER (*Corresp. Blatt. f. Schweiz. Aerzte*, n° 4, p. 147, 15 février 1893).
- ZUGIEN (*Rev. Méd. Est*, 1894, p. 358).

